



## SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE LACUSMED S.C. HANNA WALCZAK-LUCH, MACIEJ LUCH

ul. Rzeszowska 1A, 60-468 Poznań, REGON: 36202551900014, NIP: 7811912661, Tel: 695 707 095

### Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Tel.: ..... PESEL / nr. Dokumentu: .....

### Oświadczenie pacjenta

Osobą upoważnioną do:

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci)
- odbioru recept i zleceń

jest

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Tel.: ..... PESEL / nr. Dokumentu: .....

Osobą upoważnioną do:

- otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej (także po mojej śmierci)
- odbioru recept i zleceń

jest

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Tel.: ..... PESEL / nr. Dokumentu: .....

.....  
data i podpis Pacjenta

Podstawa prawna:

- art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty
- art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- art. 42 ust. 4 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty